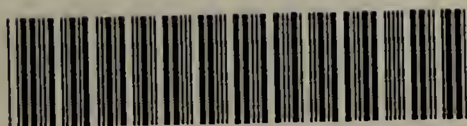
CLINIQUE MEDICALE - CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE LA MALADIE DU SOMMEIL (HYPNOSE).

A. Corre

Gazette Medicale de Paris
1876.



REVUE HEBDOMADAIRE.

Académie de médecine : Clôture de la discussion sur l'alimentation des enfants — Nouveau procédé de traitement des rétrécissements de l'urèthre. — **École pratique de médecine :** Les cours libres.

La discussion sur l'alimentation des nouveau-nés a été définitivement close mardi dernier à l'Académie de médecine. Relativement à la portée générale et à la conclusion de ce débat, nous n'avons rien à ajouter à ce que notre collaborateur et ami, M. J. Arnould a si bien dit dans une précédente revue (voyez n° 43. — 21 octobre). Nous ne pouvons que relever ici quelques points que la suite de la discussion a mis plus particulièrement en évidence.

L'intervention de la chimie, du microscope et de la physiologie comparée dans la question de l'alimentation de l'enfance est diversement jugée : pour les uns, elle est parfaitement légitime, pour les autres elle est mal justifiée. C'est, comme il arrive presque toujours, entre ces deux opinions extrêmes qu'il faut chercher la vérité.

Il est deux éléments dont, en général, on n'a pas suffisamment tenu compte : la variabilité du lait des animaux, analogue à celle du lait de femme, d'une part, et, de l'autre, les variations non moins grandes dans les aptitudes digestives des enfants.

Le lait de femme, ainsi que l'a rappelé M. Blot, varie, quant à la proportion relative de chacun des éléments qui le constituent, non-seulement de nourrice à nourrice, mais, pour la même nourrice, suivant une foule de circonstances, telles que l'âge du lait, le régime alimentaire, le milieu ambiant, suivant même le moment où on le recueille, avant, pendant ou après la succion du sein par l'enfant. Dans de telles conditions, les renseignements fournis par le microscope ne sauraient avoir l'importance qu'y attache M. Devergie ; ils sont loin cependant d'être inutiles, car l'examen microscopique peut révéler la présence d'éléments (pus, sang, cellules épithéliales), capables d'altérer les qualités du lait. Cet examen doit donc être fait, non en vue de servir de base à peu près exclusive au choix d'une nourrice, mais comme complément de la visite attentive dont celle-ci est l'objet.

Le lait des femelles d'animaux variant dans les mêmes conditions que le lait de femme, il est matériellement impossible, dans la pratique, d'obtenir ce lait titré sur lequel insiste tant M. Jules Guérin. La quantité d'eau et de sucre à ajouter au lait de vache, par exemple, devra suivre les variations de la richesse de celui-ci, et, à moins d'avoir à chaque instant à la main le galactomètre, instrument, d'ailleurs, d'une précision douteuse, on devra se borner à l'à peu près de l'empirisme.

Mais admettons qu'on puisse arriver pratiquement à ce titrage du lait ; supposons même que la chimie soit parvenue à élaborer artificiellement un aliment en tous points identique au lait de femme : le problème sera-t-il résolu, et pourra-t-on opposer une prophylaxie certaine aux accidents de l'alimentation des enfants ? Ici intervient malheureusement une autre inconnue : la diversité d'aptitude digestive des nouveau-nés. M. Blot a cité l'exemple de la fille de M. Paul Dubois, pour laquelle on a dû essayer successivement cinq nourrices, aussi bonnes les unes que les autres. Pourquoi le lait de la cinquième a-t-il convenu, et non celui des quatre premières ? Personne ne saurait le dire.

Cette inconnue est la ruine des prétentions exagérées du microscope, de la chimie et de la physiologie comparée. L'estomac des enfants est le réactif qui juge en dernier ressort de la qualité et de l'opportunité de l'alimentation mise en usage, et ce réactif échappe à nos conceptions, à nos combinaisons *à priori*. Il faut, comme l'a dit avec tant de raison M. Depaul, en revenir à l'observation pure du nouveau-né ; l'examen des garde-robes montre l'appropriation de son régime alimentaire à sa faculté digestive et la balance permet d'apprécier sa puissance d'assimilation.

En résumé, dans une question aussi importante que celle de l'alimentation des enfants, et en présence de ce fait grave depuis longtemps signalé : la pénurie du lait de femme, on ne saurait se priver d'aucune source d'investigations ; il faut accepter tous les concours, tous les efforts, mais en sachant les diriger, pour qu'ils ne demeurent pas stériles ou qu'ils ne deviennent même parfois dangereux. Les prétentions de la zootechnie ou de la physiologie comparée, celles de la chimie, si elles n'étaient sagement contenues, pourraient, en effet, présenter un véritable danger en autorisant des essais que l'hygiène bien entendue de l'enfance réprouve. Dans tous ces essais, il faut s'inspirer avant tout des enseignements de celle-ci, se garder ou se méfier de toute idée préconçue et, quel que soit le mode d'alimentation que l'on emploie, allaitement naturel, artificiel ou mixte, s'en référer toujours au véritable critérium des bons effets de l'alimentation : l'examen des garde-robes et la pesée des enfants. Dans cette mesure, des tentatives, même hardies, sont permises ; car, menées avec une prudence que n'exclut pas la hardiesse de leur conception, elles ne sauraient tourner au détriment des enfants soumis à l'expérience et peuvent, par contre, ajouter de nouvelles notions à celles que nous possédons sur l'alimentation des enfants du premier âge.

— Nous appelons l'attention de nos lecteurs sur l'intéressante communication de M. Le Fort, relative au traitement des rétrécissements du canal de l'urèthre. Il y a sept ans que notre savant confrère emploie le procédé qu'il vient de faire connaître à l'Académie ; il a voulu, avant de le vulgariser, lui donner la sanction de l'expérience. C'est là un excellent exemple à une époque où la soif de la publicité, la crainte d'être devancé par un concurrent, portent beaucoup de travailleurs à publier des inventions ou des œuvres qu'ils ont pris à peine le temps d'ébaucher.

Nous n'avons pas la compétence nécessaire pour apprécier les avantages du procédé de M. Lefort ; *a priori* il nous paraît séduisant, mais nous venons de rappeler qu'en médecine il faut se méfier des *a priori*. C'est à l'expérience clinique de prononcer en contrôlant les heureux résultats obtenus jusqu'à ce jour par l'habile chirurgien.

— Le nombre des cours libres à l'École pratique de médecine, autorisés par M. le ministre de l'instruction publique, sur l'avis conforme de la Faculté, pour le premier semestre de l'année scolaire 1876-77, n'est pas inférieur à 33. Si l'on y ajoute les cours de clinique libres, faits par un grand nombre de médecins ou chirurgiens des hôpitaux, on voit quelle activité règne parmi ceux de nos confrères qui se sentent des aptitudes professorales. Contrairement à ce qu'on observait d'habitude, les cours sur les maladies spéciales sont en minorité. A l'École pratique, on ne compte pas moins de dix cours de pathologie interne. La raison de ce mouvement se trouve certainement dans les espérances que permet de concevoir la loi sur la liberté de l'enseignement supérieur. Cette loi a ouvert, pour les hommes d'étude, des horizons nouveaux, soit par la création de Facultés nouvelles, libres ou officielle, soit par la modification possible, si non probable des Facultés existantes. Et comme le vieil adage *fabricando fit faber* s'applique aussi bien au professeur qu'à l'ouvrier, ceux qui se disposent à des luttes ultérieures s'exercent dès à présent à l'enseignement, et ils font bien. Ils ne sont pas, d'ailleurs, les seuls à bénéficier de leur travail ; les élèves trouvent dans les leçons de beaucoup d'entre eux un complément très-utile, parfois même indispensable de leur instruction médicale. La concurrence qui s'établit tout naturellement entre ceux qui suivent la même voie, est propre aussi à élever le niveau de leur enseignement et à accroître ainsi l'actif non-seulement des recherches, mais des découvertes scientifiques. A tous les points de vue, il n'y a donc qu'à applaudir à ce mouvement et à l'encourager. Nous ferons connaître, au fur et à mesure de l'ouverture de chaque cours, le nom du professeur et la matière de l'enseignement.

Dr F. de Ranse.

CLINIQUE MÉDICALE.

Contribution a l'étude de la maladie du sommeil (hypnose) ; par le docteur A. Corre.

L'objet de cette Note est d'apporter quelques nouveaux matériaux à l'étude d'une maladie peu connue, quoique fréquente sur la côte occidentale d'Afrique, et intéressante pour le physiologiste comme pour le médecin. Je vais d'abord relater des observations recueillies dans les archives de l'hôpital maritime de Saint-Louis, puis je donnerai celle d'un malade que M. le docteur Foll m'a permis de suivre, dans les salles de l'hospice civil de la même ville. Je termi-

nerai par quelques considérations sur la nature et l'étiologie de la maladie.

Obs. I. — Amadi Diavara, noir, du bataillon des tirailleurs indigènes, vient du poste de Portudal. Depuis son retour au chef-lieu, c'est-à-dire depuis une quinzaine de jours, cet homme serait atteint de fièvre somnolente; il ne peut donner par lui même aucun renseignement précis; il fait entendre seulement qu'il souffre de la tête et de la région épigastrique. A l'hôpital, on constate de la somnolence, mais pas de fièvre. Entré le 23 février 1874, mort le 2 mars. — Autopsie : sujet de taille moyenne, ayant conservé un embonpoint considérable, offrant de la raideur cadavérique; congestion des méninges, ramollissement et piqueté de la substance cérébrale, rate hypertrophiée.

Obs. II. — Mamadou Maka, noir, du bataillon des tirailleurs indigènes. En prison depuis trois semaines, cet homme se présentait chaque jour à la visite du médecin du corps, en disant qu'il était trop faible pour accomplir aucun exercice; soupçonné de mensonge, et mécontent de n'être pas écouté dans ses plaintes, il avait fini par ne plus vouloir prendre de nourriture. Enfin, envoyé à l'hôpital, le 16 septembre 1874, il n'accepte d'autres aliments que du bouillon et du laitage, garde le décubitus dorsal ou dorso-latéral, reste somnolent et muet aux questions jusqu'au 20 septembre, date de sa mort. — Traitement : purgatifs, bromure de potassium, sulfate de quinine, vésicatoire à la nuque. — Autopsie : congestion des méninges, peut-être un léger ramollissement de la substance cérébrale.

Obs. III. — Diali Mamadi, noir, du bataillon des tirailleurs indigènes. Entré à l'hôpital le 30 septembre 1874, mort le 12 octobre. La feuille n'indique que le traitement par le bromure de potassium : le seul renseignement fourni par le billet d'entrée, c'est que le malade refusait toute nourriture depuis cinq ou six jours et demeurait somnolent.

Obs. IV. — Amat Coumba, 33 ans, né à Aéré (Sénégal), caporal aux tirailleurs indigènes, évacué du poste du Podor sur l'hôpital de Saint-Louis, le 11 juin 1875. Voici la relation de ce cas intéressant, telle que je la trouve dans les rapports trimestriels : Le malade, avant de servir à Podor, avait fait un séjour de plusieurs mois à Joal, où la maladie du sommeil passe pour fréquente. D'après la note du médecin du poste, M. Rigubert, il avait présenté, au commencement du mois de mai, des symptômes de somnolence très-marqués; à son entrée à l'infirmerie, il ne se plaignait que d'un violent mal de tête et d'un invincible sommeil. Des vésicatoires à la nuque, de l'infusion de café et l'ingestion de noix de gourou (1) dissipèrent en partie les accidents. L'envoi à l'hôpital n'en fut pas moins jugé nécessaire : fièvre modérée, incontinence d'urine, désirs vénériens abolis, troubles de la vision, marche irrégulière et saccadée; à un certain moment, le malade cessa de pouvoir distinguer le sol sur lequel portaient ses pieds et demeurer debout les yeux fermés; la contraction musculaire n'était pas affaiblie; les fonctions digestives s'accomplissaient presque normalement. A son entrée à l'hôpital, le malade était à peu près sorti de sa torpeur, mais il se tenait à peine sur ses jambes; il offrait de l'ataxie du mouvement. Il ne tarda pas à retomber dans une nouvelle période de plusieurs jours de sommeil, dont il était fort difficile de le tirer; il présentait alors une insensibilité presque complète du côté gauche du corps. Café à très-hautes doses, vésicatoires sur le crâne, cautérisations au fer rouge le long du rachis, etc. Après une courte phase d'amélioration, pendant laquelle le sommeil sembla se dissiper, la sensibilité et le mouvement reparaître, le membre supérieur gauche conservant toutefois de la contracture avec fourmillements et les membres inférieurs une grande faiblesse, « le malade fut pris, vers la fin de juillet, de perte de connaissance, de mouvements convulsifs et tomba dans le coma; il resta ainsi plusieurs jours dans le sommeil; il y avait anesthésie très-marquée du côté gauche, avec paralysie, notamment dans le membre inférieur gauche, légère déviation des traits de la face, hébétude, perte de mémoire. Café, révulsifs locaux et généraux, puis bromure et iodure de potassium. Le malade était sur pied depuis quelque temps, bien qu'assez peu solide, quand il fut pris tout-à-coup, le 15 août, des mêmes accidents. Des eschares très-abondantes se formèrent, et la mort eût lieu le 11 septembre. » — Je relève d'autre part, sur la feuille clinique, les observations thermométriques suivantes (temp. axil.) :

Juin, 11,	matin........		» soir..........	39°,7
» 18,	»		»	38°,9
» 19,	»		»	39°,2
» 20,	»	38°,1	»	39°
» 21,	»	38°	»	38°,9
» 22,	»	38°,5	»	40°,6
» 23,	»	38°	»	38°,1
» 24,	»	38°	»	38°,1

Autopsie pratiquée cinq heures après la mort. « Sujet de petite taille, amaigri; vaste ulcération à la région sacrée, recouverte de bourgeons charnus; ulcérations aux trochanters et aux parois de la poitrine; traces de vésicatoires aux mollets, etc. — Les sinus crâniens sont gorgés de sang noir, qui s'écoule en grande quantité à la coupe; injection des vaisseaux de la pie-mère. En coupant la substance cérébrale, on aperçoit un piqueté rougeâtre qui existe des deux côtés. Ce piqueté est plus considérable dans les couches corticales que dans les parties profondes. La substance blanche est beaucoup plus foncée en couleur qu'à l'état normal, surtout au voisinage de la substance grise, avec laquelle elle se confond pour ainsi dire. Il y a un peu de sérosité trouble dans les ventricules, et, dans certains points, un épaississement notable de la membrane ventriculaire. Ces lésions sont plus marquées à droite qu'à gauche. Le corps strié, du côté droit, est considérablement ramolli et se réduit facilement en bouillie. Les vaisseaux capillaires qui le parcourent, grâce à l'injection qu'ils présentent, sont devenus parfaitement visibles à l'œil nu. Il y a un peu de ramollissement des couches optiques. La partie moyenne du mésocéphale a une teinte grisâtre marbrée. Rien de particulier dans les cavités thoracique et abdominale. » (Rapport des 2e et 3e trim., service du docteur Friocourt.)

Obs. V. — Samba Diégni, tirailleur indigène, évacué de Portudal sur l'hôpital de Saint-Louis, le 24 juillet 1875. Je ne vois noté, sur la feuille de clinique, que de la fièvre, à la date des 24, 26 et 27 juillet. Le 28, à la suite d'un accès fébrile avec frissons initiaux, trismus, dysphagie, contracture dans les membres supérieurs et inférieurs, céphalalgie intense. Mort le 29. Le diagnostic paraît être demeuré obscur : le malade a bien été évacué sur le chef-lieu comme atteint d'hypnose, mais à l'hôpital on a cru à une intoxication paludéenne, puis à une méningite. — Autopsie pratiquée quatre heures après la mort; amaigrissement, raideur cadavérique très prononcée; il y a peu d'injection des membranes encéphaliques, mais l'arachnoïde présente une teinte opaline et un certain degré d'épaississement très-caractérisés; au-dessous de cette membrane, on trouve une sérosité louche; la substance des hémisphères, dans la portion convexe et à la surface, semble un peu ramollie par places; sérosité dans les ventricules; foie et rate hypertrophiés, de consistance normale.

Obs. VI. — Boubakar Samba, tirailleur indigène. Entré à l'hôpital le 11 janvier 1876, revenant de Portudal. Somnolence depuis quelques jours, mouvements convulsifs, sensibilité obtuse au tronc et dans les membres du côté gauche, ainsi qu'à la face, mais du côté droit; commissure labiale déviée à gauche, pupilles lentes à se contracter. Le malade ne paraît pas avoir conscience de ce qui se passe autour de lui. Selles et urines involontaires. Le 22 janvier, respiration stertoreuse, baillements répétés, pouls précipité et comme redoublé, température à 40°,5, mort dans la soirée. Traitement : frictions térébenthinées, sangsues, cautérisations ponctuées, aloès, bromure de potassium. — Autopsie : sujet robuste, non amaigri, rigidité prononcée, sinus crâniens gorgés de sang, injection des méninges, piqueté de la substance cérébrale, principalement à droite, sans changement de consistance.

Obs. VII. — Ghighi, tirailleur indigène. Cet homme qui, huit mois auparavant et à la suite d'un séjour dans un poste du Sud, aurait présenté des symptômes de la maladie du sommeil, est envoyé à l'hôpital le 13 mars 1876, comme paraplégique. A son arrivée dans la salle, il paraît d'une gaîté tout à fait extraordinaire, jette sans motifs de grands éclats de rire quand on s'approche de son lit, mais ne parle guère. Couché, il jouit de tous ses mouvements. Lorsqu'on le fait lever et marcher, soit les yeux ouverts, soit les yeux fermés, il offre un peu d'incertitude dans ses pas; nulle douleur n'est éveillée par la pression le long du rachis; rien d'anormal dans la miction et la défécation, apyrexie. Dans la soirée, la gaîté du malade revêt tous les caractères du délire de l'ivresse. Purgatif, bromure de potassium, sangsues aux mastoïdes et sinapismes aux membres inférieurs. Le 14, calme, parole manifestement embarrassée, membres inférieurs toujours faibles dans la station debout et dans la marche; grand appétit, pas de fièvre. Le 15, parole embarrassée comme la veille, quelques contractures. Le 16, coma, résolution, sensibilité obtuse, pupilles contractées, sons inarticulés, ronchus trachéaux, peau chaude, pouls fréquent, fort, dur, vibrant. Mort dans l'après-midi. — Autopsie : sujet robuste, embonpoint conservé, raideur cadavérique, hypérémie des méninges, seule lésion relevée.

Obs. VIII. — Malick Oumar, 34 ans, caporal aux tirailleurs indigènes. Feuille très-incomplète. Le malade aurait contracté son affection depuis environ dix mois, à Portudal, d'où il revient. A son entrée à l'hôpital, le 21 juin 1876, il offre des symptômes ataxiques, du tremblement, de la tendance au sommeil. Un peu plus tard, il se plaint de douleurs aux pieds pendant la marche, puis au niveau du grand trochanter gauche; affaiblissement et amaigrissement progressifs, somnolence. Le 16 juillet, contractures dans les membres supérieurs, tremblements de la mâchoire et des lèvres, langue peu mobile, sensibilité très-émoussée dans les membres gauches; prostration, perte de connaissance, respiration dyspnéique, mort avec symptômes asphyxiques vers dix heures du soir. La température du matin s'est maintenue à une moyenne de 37°, celle du soir à une moyenne de 38°; le pouls a généralement oscillé entre 70 et 95, il s'est elevé à 135 le jour de la mort.

Traitement par les révulsifs cutanés, les purgatifs, le bromure de potassium.

(1) Sous le nom de Gourou (ou kola), on désigne une amande fournie par deux ou trois espèces de stercubia, et très-célèbre dans toute l'Afrique : c'est un antidéperditeur et un stimulateur du sens génésique. Les noirs s'en montrent très-friands.

Autopsie pratiquée neuf heures après la mort. Sujet très-amaigri; raideur cadavérique, desquamation épidermique aux bras, aux jambes et aux lombes, écume sanguinolente aux narines, hypostase marquée. Engorgement veineux des méninges. L'encéphale est ramolli dans ses portions basilaires, principalement dans les pédoncules cérébraux et dans les masses opto-striées; la substance grise est d'une remarquable pâleur; la substance blanche est piquetée dans les parties périphériques, très-anémiée dans les parties profondes: un peu de sérosité claire dans les ventricules, plexus choroïdes décolorés. Congestion hypostatique des poumons. Foie d'aspect graisseux, volumineux, du poids de 2,400 gr. Rate assez adhérente, du poids de 650 gr. Rien de particulier aux autres viscères. (Service du docteur Friocourt.)

Obs. IX. — Jean Pierre, noir de Saint-Louis, âgé d'environ 42 ans, charpentier, entré à l'hospice civil le 7 mars 1876. Dans les premiers temps de son séjour à l'hospice, cet homme, que l'on croyait idiot, se promenait seul, taciturne, au milieu des cours; bientôt, on remarqua chez lui une tendance à aller dormir au soleil: graduellement, la somnolence s'accentua. Le malade s'obstina, pendant une assez longue période, à ne prendre d'autre aliment que du lait, et en petites quantités; souvent même il n'acceptait cet aliment que par force: il ne tarda guère à tomber dans un affaiblissement considérable, et finit par cesser de marcher. Les premières contractures furent observées vers le 15 mai. Jusqu'à cette date, le traitement consista en drastiques, en vésicatoires appliqués aux bras, en frictions mercurielles sur le crâne: celles-ci, employées tout d'abord contre la vermine, furent ensuite continuées pendant quelques jours, parce qu'on crut remarquer une certaine amélioration sous l'influence d'une abondante salivation provoquée par elles. On administra ensuite du bromure et de l'iodure de potassium. (Renseignements fournis par le docteur Foll.)

J'ai suivi le malade à partir du 20 mai. Attitude dorso-latérale: le malade est couché en grande partie sur le côté gauche, la tête appuyée sur la main gauche, le membre supérieur droit et les membres inférieurs étendus, en simple résolution. Les paupières sont ouvertes, le regard n'est ni hébété, ni abruti: c'est celui d'un homme qui serait profondément prostré par le chagrin et devenu indifférent à tout; il demeure calme, d'ailleurs, et revêt par instants une certaine mobilité; les pupilles sont contractées. Le malade comprend les paroles qu'on lui adresse, mais il n'y répond que par monosyllabes; il reste taciturne au milieu de ses compagnons; il urine et lâche ses garde-robes sous lui, mais il en a conscience, écarte alors ses couvertures et fait signe aux infirmiers de le venir soulever. Il mange volontiers, et toute espèce d'aliments, mais généralement, il faut qu'on lui introduise les bouchées entre les dents: je l'ai vu quelquefois manger seul, la main droite portant des boulettes de riz à la bouche avec une hésitation assez marquée, sans modification de l'attitude générale ordinaire. Les mouvements volontaires sont conservés, mais limités, très-lents; l'extrême faiblesse s'oppose à la station debout et à la marche, la station assise est encore possible pendant un certain temps. Quand on saisit un membre, on le sent agité de petits tremblements: ces tremblements deviennent très-évidents, lorsque le malade essaie d'exécuter le déplacement d'un bras ou d'une jambe; les tremblements tendent à se généraliser dans l'attitude assise. J'ai remarqué parfois de véritables soubresauts dans les muscles du bras et de l'avant-bras, constaté souvent ce phénomène dans le tendon du grand palmaire, en tâtant la radiale. Sensibilité intacte aux pincements et aux piqûres. Un jour que le malade était couvert de mouches, j'ai observé qu'il ne faisait aucun mouvement pour s'en débarrasser, mais il m'a semblé, à certains frémissements de la face, qu'il sentait ces insectes courir sur sa peau. Les mouvements réflexes sont peut-être un peu affaiblis. Sueurs fréquentes et abondantes. Amaigrissement considérable. De larges plaies, de coloration plus foncée et d'éclat plus vif, aux trochanters, aux ischions et à la région sacrée, indiquent des eschares en voie de formation.

L'impression que m'ont laissée les premiers examens de cet homme, n'est point celle d'un malade privé d'intelligence, ou condamné à un sommeil perpétuel: c'est celle d'un être abîmé dans une indifférence, ou, si l'on veut, dans un dégoût profond du monde extérieur. Jean-Pierre comprend ce qu'on veut de lui, il m'avance son bras pour que je puisse examiner son pouls, se prête aux maniements du sphygmographe; il me suit des yeux, à mon arrivée, durant quelques secondes, mais retombe presque aussitôt dans sa torpeur. Il ne dort pas non plus, dans l'acception du mot: il est couché, les yeux ouverts et voyant bien ce qui se passe, mais il voit d'ordinaire sans regarder. La nuit seulement, ou dans la journée, quand on le porte au soleil, il dort, fermant les paupières, et véritablement soustrait à ce qui l'environne, la respiration douce et tranquille, le corps tout entier immobile.

A partir du 3 juin, je note que, même couché, le malade présente un tremblement fréquent de la tête, parfois de la contracture du sterno-mastoïdien gauche. Les forces baissent, le décubitus dorso-latéral est remplacé par le décubitus dorsal; un soir, ayant porté les bras en diverses attitudes, je les ai vus conserver celles-ci, comme dans la catalepsie.

J'ai observé avec soin la température. Le pouls s'est toujours montré fréquent, à forte tension, c'est-à-dire à faible amplitude, assez régulier. La température prise à l'aisselle, était de 36 à 36,5 le matin, toujours plus élevée d'un ou de deux degrés vers quatre heures du soir.

Mort le 10 juin.

Autopsie du crâne seule pratiquée. M. le docteur Friocourt et moi ne trouvons aucune lésion appréciable dans l'encéphale, les membranes et le cerveau sont plutôt anémiés; les ventricules renferment une petite quantité de sérosité claire et incolore, les plexus choroïdes sont décolorés. La consistance du tissu cérébral est normale.

(A suivre)

OPHTHALMOLOGIE.

OPTOMÈTRE DU DOCTEUR BADAL.

Mesure de la réfraction, de l'accommodation et de l'acuité visuelles. — Choix des lunettes pour la vision de loin et de près dans les cas de presbytie, myopie, hypermétropie, astigmatisme.

Le choix des lunettes suppose la mesure préalable de la réfraction, de l'accommodation et de l'acuité visuelles.

La méthode de Donders est celle à laquelle on a généralement recours pour cet examen.

Les inconvénients de cette méthode consistent dans la nécessité d'avoir à sa disposition une salle de 5 ou 6 mètres de longueur, convenablement éclairée, de prendre beaucoup de temps et de mettre fortement à l'épreuve la patience de l'examinateur, puisqu'il faut trouver empiriquement, et comme à tâtons, celui des nombreux verres de la boîte d'essai qui corrige le mieux la réfraction. Souvent ces verres sont sales, couverts de buée, mal numérotés, ou changés de place dans le casier: autant de causes d'erreur. Enfin, l'emploi de la boîte de verres exige un certain apprentissage qui en limite l'emploi aux oculistes, ou du moins à un très-petit nombre de médecins.

D'un autre côté, les échelles typographiques que doit lire le malade, noircissent avec le temps sous l'influence de la poussière, de la fumée, etc., et les caractères qui les composent ne tardent pas à devenir moins lisibles.

Si le sujet ne sait pas lire, ce qui arrive encore trop souvent, l'examen rencontre des difficultés presque insurmontables.

C'est pourquoi on a cherché de tout temps à substituer à l'emploi de la collection des lentilles d'essai, des instruments nommés *optomètres*, destinés à conduire, d'une façon presque mécanique, à la détermination du numéro des verres de lunettes.

On a construit ou proposé un grand nombre d'optomètres basés sur des principes différents. Qu'il me suffise de dire que les efforts des inventeurs se sont surtout dirigés du côté des optomètres à une ou deux lentilles.

Les tentatives faites à diverses époques pour généraliser l'emploi de ces instruments n'ont eu qu'un médiocre succès. *Cela tient surtout à ce que aucun des optomètres connus jusqu'à ce jour ne permet la mesure de l'acuité.* J'expliquerai plus loin quelle en est la raison.

Aujourd'hui que partout, dans les conseils de révision de l'armée, aussi bien que dans les salles de clinique, il est de règle, au moindre soupçon d'anomalie des fonctions visuelles, de mesurer à la fois la réfraction et l'acuité, quelle peut être la valeur pratique d'instruments qui, sans dispenser le médecin d'avoir recours à la boîte de verres, pour évaluer l'acuité, *avec correction de l'amétropie*, viendraient s'ajouter au bagage déjà si encombrant de l'oculiste?

D'ailleurs, l'imperfection que je viens de signaler n'est pas la seule que l'on puisse reprocher à ces instruments. Il suffit de jeter les yeux sur les plus récents et les plus perfectionnés d'entre eux pour y constater en outre les défauts suivants:

1° La mesure de la réfraction n'y est possible qu'entre certaines limites, insuffisantes même dans la pratique habituelle;

2° Une même différence de réfraction est mesurée aux différents points de l'échelle par des longueurs fort inégales, par conséquent avec des degrés de précision qui n'ont rien de comparable;

3° Comme conséquence de ce qui précède, la mesure de la myopie et celle de l'hypermétropie se font dans des conditions sensiblement différentes;

4° Le sujet en observation n'a d'autre guide, pour une mise au point exacte, que l'absence de tout cercle de diffusion des images, ce qui suppose un certain degré d'intelligence que n'ont pas tous les malades; tandis que dans mon optomètre il s'agit simplement

crois pouvoir affirmer que ce procédé est d'une très-grande précision. Il serait difficile d'en trouver un plus pratique et plus expéditif, car il augmente à peine d'une demi-minute le temps nécessaire à la numération.

Cependant, dès le début de mes recherches sur ce sujet, j'ai essayé de trouver une méthode ayant un caractère plus scientifique. Dans ce but j'ai cherché à utiliser le colorimètre, instrument fort ingénieux, employé particulièrement dans l'industrie des sucres. Il est construit d'après un principe excellent et peut donner, avec une grande exactitude, la mesure de l'intensité de teinte d'un liquide examiné par transparence.

Mais, je l'ai déjà dit, l'examen du sang par transparence ne m'a pas paru donner des résultats favorables. De plus, pour appliquer le colorimètre aux études cliniques, il faudrait soustraire aux malades plus de sang que n'en fournit une simple piqûre. Aussi ai-je dû, dans la pratique, donner la préférence au procédé des teintes coloriées. Reste à savoir si, pour les recherches de laboratoire, le colorimètre ne pourra pas rendre de services. J'ai fait, à ce point de vue, quelques essais qui ne sont pas encore très-encourageants.

CLINIQUE MÉDICALE.

Contribution a l'étude de la maladie du sommeil (hypnose); par le docteur A. Corre.

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

Ces observations m'ont suggéré quelques réflexions que je vais exposer brièvement.

Tout d'abord, il me semble que, sous le nom d'hypnose, on a confondu plus d'une fois des maladies très-différentes, mais toutes caractérisées, à un moment donné de leur évolution, par une tendance au sommeil ou par le coma. On a dû surtout méconnaître certaines formes de paludisme, parce qu'elles survenaient chez des noirs, race prétendue indemne à l'infection tellurique, parce qu'elles revêtaient un type pseudo-continu ou continu et des allures plus ou moins anormales. Il faut sans doute rapporter à des accès pernicieux la plupart des cas d'hypnose dans lesquels les symptômes encéphaliques ont été précédés d'accès fébriles nettement caractérisés, et aussi bon nombre de ceux où la fièvre s'est montrée, au début, sans régularité ni périodicité franche, mais où l'autopsie a permis de constater une hypertrophie de la rate.

D'autres fois, les accidents peuvent être rapportés à une intoxication alcoolique de date plus ou moins ancienne. L'alcoolisme n'est que trop commun parmi les races africaines.

Dans les cas où toute infection miasmatique, ou toute influence alcoolique paraissent devoir être écartées, il reste à rechercher s'il s'agit simplement d'une méningite ou d'une méningo-encéphalite. Quelques médecins considèrent l'hypnose comme une encéphalite, affection protéiforme s'il en fût, quant à ses symptômes, et trop souvent mal caractérisée quant à ses lésions apparentes : un certain nombre d'autopsies témoignent en faveur de cette opinion, en nous montrant soit de l'épaississement des méninges, soit le ramollissement de la substance cérébrale. Mais, chez d'autres sujets, l'absence de toute lésion bien appréciable, ou une altération constituée uniquement par une hypérémie passive ou l'anémie des organes encéphaliques, éloigne l'esprit d'un processus actif et tend à faire admettre une maladie due à des troubles du système vasculo-moteur : la fugacité, la diffusion de certains symptômes donnent aussi quelque appui à cette manière de voir.

La perte du sens musculaire (obs. VI) et l'ataxie des mouvements peuvent encore faire songer soit à des lésions véritables, soit à des troubles vasculaires du côté de la moelle épinière.

En admettant qu'il y ait lieu d'accepter dans le cadre nosologique une maladie nouvelle, caractérisée par des phénomènes d'hypnose de longue durée, et se reliant à des altérations autres que celles des maladies somnolentes déjà décrites, et pour ainsi dire classiques, bien des points obscurs demeurent à élucider.

A quelles causes convient-il de rapporter cette maladie?

En étiologie, il reste démontré : 1° que la maladie du sommeil est endémique dans certaines régions bien déterminées; que, dans ces régions mêmes, certaines localités se font remarquer par l'extrême fréquence de la maladie : l'hypnose est connue dans toute l'Afrique occidentale, au Gabon, en Sénégambie, etc.; mais nulle part on ne la rencontre au même degré de fréquence que sur le littoral du Baol et du Sinne, comme à Portudal et à Joal, où elle décime les petites garnisons de tirailleurs indigènes; 2° que la maladie atteint seulement les noirs : je n'ai pas connaissance d'un cas observé sur un blanc, bien que les Européens partagent avec les indigènes la triste occupation des postes situés dans les zones endémiques.

Pour expliquer l'endémie et l'aptitude ethnique, les théories n'ont pas manqué. L'endémie, on l'a mise sur le compte de ce principe universel, par lequel on a voulu éclairer tant de questions pathologiques, et grâce auquel on a réussi à si bien embrouiller la pathologie des pays chauds : je veux parler du miasme palustre. Mais il serait au moins singulier que les noirs ne fussent sujets qu'à une forme de l'impaludation, dans des contrées si riches en variétés de fièvres pernicieuses. L'aptitude spéciale de la race noire à contracter la maladie, on l'a dite une conséquence fatale d'une hygiène particulière ; toutefois, comme le domaine de l'hygiène est vaste, même lorsqu'il s'agit de l'hygiène des noirs, il a fallu chercher quel point du *modus vivendi* habituel était à incriminer, et alors ont surgi toutes sortes d'hypothèses : — l'hypnose devrait être attribuée :

a. A l'abus de la femme : le noir aime beaucoup la femme; mais la négresse est sujette à l'hypnose comme le noir, et, quoique très-portée elle-même à l'acte génésique, elle ne déploie pas dans son accomplissement l'ardeur que lui prêtent trop de récits imaginaires et qui pourrait déterminer à la longue un ébranlement profond du système nerveux; d'ailleurs l'hypnose frappe les enfants de tout âge et aussi les vieillards;

b. A l'abus du vin de palme : pourquoi donc alors les marabouts les plus fervents, qui s'astreignent à ne boire que de l'eau, sont-ils atteints comme les plus misérables ivrognes?

c. A l'abus du gouron : l'action de cette substance est tout à fait semblable à celle du café, et, quelque abus qu'on fasse de celui-ci, il ne produit jamais l'ensemble des symptômes décrits sous le nom de maladie du sommeil;

d. A un empoisonnement.

Le vulgaire croit à un empoisonnement par une substance connue des noirs, administrée par eux à ceux qui leur déplaisent, etc. Il ne manque pas de plantes toxiques en Sénégambie; mais aucune de celles que j'y ai rencontrées ne saurait déterminer les troubles de l'hymnose, ni surtout déployer une action d'aussi longue durée. L'idée d'une intoxication mérite cependant d'être prise en considération ; seulement, au lieu de rechercher l'empoisonnement dans la matière toxique susceptible d'être maniée par la malveillance, il faut, je crois, le poursuivre dans la matière alimentaire habituelle, viciée ou altérée par le fait de la négligence ou de l'ignorance des conditions de bonne conservation, de préparation, peut-être de récolte des vivres ordinaires. Le riz, le mil, le maïs, etc., sont la base de la nourriture des noirs; j'ai vu ces grains souvent gâtés par des mucédinées, et même, dans le houlla et le soloum, pulpes féculentes très-recherchées par les indigènes, j'ai rencontré une sorte d'ergot microscopique; des poulets, nourris avec du maïs ainsi altéré, sont morts après avoir présenté des convulsions et de la somnolence : la maladie du sommeil serait-elle une forme d'ergotisme? J'avoue que je suis porté à le penser.

J'ai cru, pendant quelque temps, qu'il y avait lieu de soupçonner le miel, très-répandu dans ces contrées et dont les noirs sont friands; mais j'ai bien vite écarté cette idée, qui ne s'appuyait sur aucun fondement et avait même contre elle les observations d'empoisonnement par les miels toxiques recueillis par plusieurs voyageurs.

Si des recherches ultérieures écartent l'hypothèse d'une intoxication quelconque, il faudra sans doute se rallier à l'influence si profondément dépressive de la nostalgie ; j'ai en effet observé, chez des coolies indiens, des états qui offraient un grand rapport avec l'hypnose africaine, états que je ne pouvais attribuer qu'au chagrin d'avoir quitté la patrie; je dois avouer que la maladie du sommeil atteint principalement les captifs et rappeler que les noirs, malgré leur insouciance, sont, plus que les autres races, attachés à leur pays et portés à la nostalgie dès qu'on les en éloigne.

Je terminerai en mentionnant une très-curieuse opinion des indigènes du Rio-Nunez sur les causes de la maladie. Ils en distinguent deux formes : l'une, due à un empoisonnement par une plante connue des seuls simons (sorciers), et non susceptible de guérison; l'autre, liée à un engorgement des ganglions du cou, et guérissable par l'extirpation de ces ganglions. (Des noirs osent pratiquer cette extirpation !)
